

VD_GERICHTE ZA18.022590 vom 4. April 2019

VD Tribunal cantonal, 2019-04-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA18.022590

FR: VD_GERICHTE ZA18.022590 du 4 avril 2019

IT: VD_GERICHTE ZA18.022590 del 4 aprile 2019

Erwägungen

E. 1

a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

E. 2

a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet

- 10 - et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1). b) Le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée, par sa décision sur opposition du 27 avril 2018, à estimer que le cas de l'assuré était stabilisé et à fixer, à compter du 1er janvier 2018, une rente basée sur un taux d'invalidité à 19 %, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15 %. En revanche et tel que mentionné dans l'ordonnance du 31 octobre 2018, il ne saurait être statué sur la demande de prise en charge des frais de cimentoplastie et de nucléorthèse, celle-ci étant postérieure à la décision sur opposition du 27 avril 2018 et étant encore précisé que l'intimée a d'ores et déjà informé le recourant qu'elle acceptait cette prise en charge.

E. 3

a) Dans un grief de nature formelle qu'il convient d'examiner en premier lieu, le recourant se plaint d'une violation de son droit d'être entendu, en ce sens que la décision entreprise avait été rendue trop brièvement après la réception de l'opposition, qu'elle ne discutait pas l'ensemble des arguments soulevés et qu'elle n'offrait aucune détermination quant aux mesures d'instruction requises, ni quant à la demande de suspension de la procédure. Il a encore ajouté que l'intimée ne l'avait pas consulté préalablement au choix du médecin-conseil, à savoir le Dr D._____. a) L'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de

la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) garantit aux parties à une procédure judiciaire ou administrative le droit d'être entendues (cf. également dans le cadre des procédures devant les assureurs sociaux, l'art. 42 LPGA).

- 11 - La jurisprudence en a déduit, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 142 III 48 consid. 4.1.1 ; 141 V 557 ; 136 I 265 consid. 3.2 et les références). Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (ATF 132 V 387 consid. 5.1 et 127 V 431 consid. 3d/aa). Pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière, la violation du droit d'être entendu est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 132 V 387 consid. 5.1 et les arrêts cités). Aux termes de l'art. 49 al. 3 LPGA, l'assureur doit motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation, qui découle également du droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst., a pour but que le destinataire de la décision puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, le juge, respectivement l'administration, doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidé et sur lesquels il a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Il n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue du litige (ATF 143 III 65 consid. 5.2 ; 134 I 83 consid. 4 et les arrêts cités). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V

- 12 - 557 consid. 3.2.1 ; TF 2C_23/2009 du 25 mai 2009 consid. 3.1, publié in RDAF 2009 II p. 434). b) En l'occurrence, une violation du droit d'être entendu ne saurait être déduite – sans autre élément objectif à l'appui – de la brève durée de reddition d'une décision sur opposition, le grief se confondant en l'occurrence avec celui de défaut de motivation. A cet égard et quoi qu'en dise le recourant, il convient de constater que la motivation de la décision entreprise permet de comprendre les éléments qui ont été retenus par l'intimée, étant rappelé que l'administration n'a pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue du litige (cf. ATF 143 III 65 consid. 5.2 ; 134 I 83 consid. 4 et les arrêts cités). Par ailleurs et en tout état de cause, il sera retenu qu'une éventuelle violation du droit d'être entendu aura été réparée devant l'autorité judiciaire, instance devant laquelle le recourant a pu réitérer ses griefs et arguments. S'agissant de l'absence de détermination quant à la requête de suspension de la procédure, si le défaut de décision incidente à cet égard constitue une violation du droit d'être entendu, le renvoi de la cause à l'intimée constituerait une vaine formalité et aboutirait à un allongement inutile de la procédure, ce qui serait incompatible avec l'intérêt du recourant à ce que sa cause soit tranchée dans un délai raisonnable (cf. ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 et les références). A

cela s'ajoute que l'évaluation de l'invalidité par l'assurance- invalidité n'a quoi qu'il en soit pas force contraignante pour l'assureur- accidents (ATF 131 V 362). Il convient encore de relever que l'art. 42 LPGA ne garantit pas à l'assuré le droit d'être entendu par oral. Aussi, le recourant ne saurait se prévaloir de l'absence d'audition pour asseoir une violation de son droit d'être entendu (cf. Anne-Sylvie Dupont in Anne-Sylvie Dupont / Margit Moser-Szeless [éd.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 12 ad art. 42 LPGA). Pour le surplus, on relève que le Dr D._____ est intervenu à titre de médecin-conseil de l'assurance et non comme expert de sorte que les garanties

- 13 - jurisprudentielles en matière d'expertise, notamment quant au choix de la personne de l'expert, n'étaient pas applicables dans le cas particulier.

E. 4

a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA) et à une indemnité journalière s'il est totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident (art. 16 al. 1 LAA). b) A teneur de l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré, et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente. Si une indemnité pour atteinte à l'intégrité est également due, celle-ci doit être fixée en même temps que la rente d'invalidité (art. 24 LAA) c) De jurisprudence constante, il est admis que l'assuré a droit à la prise en charge des traitements médicaux et aux indemnités journalières tant qu'il y a lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de son état de santé et pour autant que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité aient été menées à terme. Lorsque ces conditions ne sont plus remplies, le droit à ces prestations cesse et le droit à la rente – a fortiori à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité – commence (ATF 144 V 354 consid. 4.1 et les références, 134 V 109 consid. 4.1 et les références, TF 8C_403/2011 du 11 octobre 2011 consid. 3.1.1).

- 14 -

E. 5

a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert

soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4). D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3). Une valeur probante doit également être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car, selon la

- 15 - jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, une entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb p. 353 et les références ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). b) De jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b ; TF 9C_719/2016 du 1er mai 2017 consid. 2). Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue. En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2).

E. 6

En l'occurrence, il n'est pas contesté que le recourant a été victime d'un accident le 7 mai 2015, lui occasionnant une fracture L1 de type Burst, et qu'il a, le lendemain, subi une fixation D12 – L2 et une spondylodèse D12 – L1, associée à une greffe iliaque. La question de la stabilisation de l'état de santé du recourant consécutivement à cet accident doit en revanche être discutée, étant précisé que l'évolution de la situation médicale du recourant a été marquée par des douleurs, en particulier au niveau des vis et de la prise de greffe. La CNA a considéré, sur la base des rapports établis les 29 mars et 21 novembre 2017 par son médecin-conseil, le Dr D. _____, que l'état de santé du recourant s'était stabilisé, de sorte qu'elle a mis fin à la

- 16 - prise en charge des frais de traitement et au versement de l'indemnité journalière avec effet au 31 décembre 2017 et a, par voie de conséquence, examiné et fixé le droit du recourant à la rente et à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Critiquant dans un premier temps le taux d'invalidité retenu et les montants de la rente et de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, le recourant a par la suite principalement contesté que sa situation médicale se soit stabilisée. A cet égard, il s'est prévalu des rapports établis les 29 mai 2018 et 7 juin

2018 par les Profs R. _____ et M. _____, selon lesquels une cimentoplastie de la vertèbre L1 et une nucléorthèse du disque D12 – L1 étaient susceptibles d'améliorer sa symptomatologie. Ces rapports et ces traitements sont certes postérieurs à la décision sur opposition du 27 avril 2018. Néanmoins, ils ont trait à une situation prévalant déjà au moment où celle-ci a été rendue – étant précisé qu'au mois de décembre 2017 l'intimée était informée du fait que des investigations étaient encore en cours – et sont de nature à influencer l'appréciation faite dans la décision entreprise. Par conséquent et en application de la jurisprudence citée supra (cf. consid. 4b), il convient de tenir compte de ces rapports dans le cadre du présent examen. Or, au vu du contenu de ces derniers, on ne saurait retenir au stade de la vraisemblance prépondérante que le cas du recourant est stabilisé. La cimentoplastie L1 et la nucléorthèse du disque D12 – L1 proposées par le Prof.

M. _____ sont manifestement des opérations en relation avec l'atteinte accidentelle. Il ne s'agit ni d'une rechute, ni de séquelles. La question se pose donc de savoir si une sensible amélioration de l'état de santé du recourant peut être attendue de ces interventions, ce que l'intimée semble admettre compte tenu du fait qu'elle a accepté de prendre en charge les coûts y relatifs. A cet égard, il sied de relever qu'il ne ressort pas du rapport du Dr T. _____ un refus, mais une réticence du recourant par rapport à ces interventions, étant précisé que ce médecin a recueilli lesdites réticences lors d'une consultation du 7 mai 2018, soit antérieurement au rendez-vous du 6 juin 2018 avec le Prof. M. _____ (cf. rapport du 7 juin 2018). On relève pour le surplus que depuis lors le

- 17 - recourant a sollicité la prise en charge des interventions et a confirmé sa volonté d'y adhérer par courrier du 7 décembre 2018. En définitive, au regard des rapports susmentionnés, les conclusions du Dr D. _____ selon lequel le cas de l'assuré serait stabilisé ne sauraient être suivies, car prématurées. Il apparaît au contraire que l'instruction médicale est lacunaire et nécessite d'être complétée, notamment par le biais de rapports relatifs aux futures opérations et à leur suivi. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à la CNA – à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 43 al. 1 LPGa) –, cette solution s'imposant s'agissant de l'appréciation d'actes médicaux à venir et non passés. Il appartiendra notamment à l'intimée de compléter son instruction de manière à savoir si les interventions chirurgicales proposées sont susceptibles d'entraîner une amélioration de l'état de santé de l'assuré et, dans l'affirmative, de se déterminer sur la poursuite du versement des indemnités journalières et de la prise en charge des soins. A défaut d'une stabilisation avérée, l'examen du droit à la rente et à l'indemnité apparaît prématuré, de sorte qu'il n'y sera pas procédé. Compte tenu de l'issue du litige, il sera également renoncé à l'examen des autres griefs soulevés par le recourant. Il ne sera par ailleurs pas donné suite à ses requêtes de mesures d'instruction, celles-ci n'étant pas susceptibles d'influencer le sort de la procédure (sur l'appréciation anticipée des preuves : ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1).

E. 7

a) Il résulte de ce qui précède que le recours doit être admis, dans la mesure où il est recevable, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction dans le sens des considérants.

- 18 - b) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGa), qu'il convient d'arrêter à 3'000 fr. (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril

2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimée qui succombe. Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.